

O-2-62

呼吸器外科を受診する後期高齢者の通院手段車を運転しているのは誰か？

石巻赤十字病院 医療技術部 診療支援事務課

○佐藤千鶴子、遠藤 律子、高橋しおり、八木 牧子、杉山 文、今村 正敏、津崎 吾郎、植田 信策、鈴木 聡

目的病院などでの高齢者ドライブによる交通事故が多発している。公共交通機関が不便であれば通院も自家用車に頼らざるを得ないが、そうした通院は高齢者にとって負担になっていないだろうか？方法2017/5月に呼吸器外科外来を受診した75歳以上の高齢者を対象に、1)通院は大変か？2)何を用いて来院したかを尋ねた。自家用車を用いた人には、3)運転しているのは誰か？も尋ねた。結果75歳以上の高齢者は66人でこの期間の全受診者の37%だった。回答があった63人(有効回答率95%)の内訳は男性57%、女性43%で、最高齢は91歳だった。56人(89%)が自家用車を用いていた。そのうち自分で運転したのは27%だった。その大多数は通院はなんとともないと回答し、むしろドライブが楽しみと答える人もいた。逆に、子や配偶者などに運転してもらっている人は、自分で運転する人よりも通院は大変と回答する率が高かった。考察後期高齢者の相当数が自分で運転して通院している。そうした人にとっては車の運転は何ら負担ではなく、むしろ生きがいである。一方、自分以外の誰かに運転してもらっている人の多くは通院を負担に思っているが、そこには家族に迷惑をかけているという思いがあるからかもしれない。自ら運転したいという本人の自立・自尊に背くことではくないが、社会の安全と家族の負担を考えれば、通院がより容易な「かかりつけ医」に早くバトンがすることも大切ではないだろうか。地域連携の構築も重要になるだろう。

O-2-64

がん診療における地域の病病連携の試みと課題

横浜市立みなと赤十字病院 がんセンター¹⁾

○阿部 哲夫¹⁾、中川 翔太¹⁾、山崎 裕史¹⁾、林 大輔¹⁾、池田 充¹⁾、山本 晃¹⁾

我が国ではがんが死因の第一位であり、がん診療の充実が急務であることから、当院は2011年、院内に「がんセンター」を開設し、がん診療機能向上に努めてきた。2012年には「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受け、「化学療法センター」増設、「PET/CT」設置、「がん患者サロン(みなとサロン)」、「禁煙外来」開設、「ロボット支援鏡視下手術」導入などの施策を講じてきた。しかし、がん専門施設の集中した東京に隣接し、同一医療圏内に競合施設の多い当地域では地域内施設全体のがん診療機能向上を図ることが必要と考え、2013年に地域内10施設で「横浜(南)がん病病連携会」を設立した。その目的は「がん診療に関する病病連携推進による、相互の情報交換・共有、設備機器の共同利用、講演会・勉強会の共同開催などを通じて、地域全体のがん診療機能向上、人材育成、治療症例集積、治療成績向上を図ること」とした。その結果、これまでががん関連講演会の共同開催14回、市民公開講座の共同開催2回、「緩和ケア」・「がん患者の栄養」・「がんリハ」各部署の勉強会開催等を通じて「がん診療に関する地域の顔の見える病病連携」を推進し、一定の成果を上げてきている。しかしながら、上記以外のがん診療関連各部署相互の顔の見える病病連携、多職種によるキャンボード開催などが未だ進んでおらず、今後の課題であり、これらの課題克服に連携施設全体で取り組み、更に成果を上げ、がん診療の先進地域を目指したい。以上、がん診療に関する当地域での病病連携推進の現状と今後の課題について報告する。

O-3-48

当院における退院支援室の活動

前橋赤十字病院 退院支援室

○笹原 啓子

【はじめに】当院では、地域医療支援センター内に看護師が専任で業務にあたる退院支援室が設置され、地域の方々との連携窓口業務にあたっている。2016年度からは退院支援加算Ⅰを取得するため社会福祉士と協働し、より密度の高い退院支援が行えるよう病院職員と地域の関連職員との連携支援を行っている。その活動について報告する。【活動内容】退院支援室業務は、1. 退院支援カンファレンスの開催、2. 在宅療養希望者への相談業務、3. 退院支援リンクナース支援、4. 院内外への教育活動、5. 地域の関係者との連携業務等となっている。専従する看護師長1名と週に2日活動する兼任看護師で業務を担っている。退院支援カンファレンスの開催は毎月平均460件ほどとなっている。部署担当の社会福祉士とともにハイリスク患者に対してどのように退院支援を展開していくか、入院早期から話し合っている。退院支援リンクナースとはスクリーニング実施状況や退院支援加算算定状況、介護支援連携指導科算定状況などのデータを毎月の会議で共有している。さらに退院支援の症例検討会も行い、他部署での現状も共有している。2016年度から新設された退院後訪問指導科を使った、退院指導の評価を自分たちの目でみて行う取り組みについても退院支援リンクナースに積極的に働きかけるよう促し、2016年度は20件算定することができた。看護師教育においては、退院支援についての研修を設定し、レベル3看護師を対象にして訪問看護ステーションと協働した在宅看護を体験する研修も導入している。【まとめ】退院支援は、多くの職種が関わり、多角的な視点で患者をアセスメントし、ケアを展開し、地域にその情報を確実につなげていくことが必要である。病棟看護師がより地域に目を向け、退院後の姿をイメージしながら入院中の看護が展開できるよう、退院支援室の活動を継続していきたい。

O-2-63

乳癌術後における地域医療施設と連携についての患者不満足度調査

日本赤十字社和歌山医療センター 乳腺外科部¹⁾、

日本赤十字社和歌山医療センター 看護部²⁾

○芳林 浩史¹⁾、中木村朋美¹⁾、林 雪¹⁾、岩谷 里恵²⁾、亀田 由紀²⁾

【背景と目的】がん対策推進基本計画ならびにがん診療連携拠点病院の整備に関する指針より、地域連携バスを整備することが目標にあげられている。当センター乳腺外科も2011年6月から乳がん術後地域連携バス(以下連携バス)を開始した。適宜問題を解決しながら改良を加え、2015年度は年間乳癌手術症例数の約80%が連携バスに参加するようになった。その時の課題で挙げた患者さんの不満足度について調査したので報告する。【対象と方法】対象は2011年6月から2015年12月の間に原発性乳癌で手術をした656例中、連携バスに参加している368例を対象とした。方法は連携バスで当科を受診(6ヶ月毎)した時、連携バスについての不満足度に関するアンケートを行った。【結果】368例中、回答が得られたのは260例(71%)であった。当科の受診と比較して連携バスに対する不満足度は「不満またはやや不満」が5%であった。また、その理由として「不安」が一番多かった。さらに地域医療施設での診察待ち時間、通院時間において「長くなった」はそれぞれ8%、5%であった。医療費負担については9%が高くなっていった。連携バスに対する「不安またはやや不安」は5%であり、その理由として「専門医の診察を希望する」ことが多かった。【考察】連携バスを開始してから5年が経過した。今回初めて患者不満足度調査を行ったが不満足に感じている患者さんの割合は低い傾向にあった。しかしながら連携バスを「不満足」に感じている患者さんの一番の原因は「不安」であった。今後、少しでも不安を解消しながらより良い連携を継続したい。

O-3-47

病床管理一元化とPFQM実現に向けて(入院サポートセンター開設からのスタート)

高山赤十字病院 入院支援課¹⁾

○道洞 淳子¹⁾、長瀬 清香¹⁾

【背景】急性期入院医療におけるD P C包括医療制度が提唱され当院でもH18年に導入。入院期間が短縮され忙しい入院を余儀なくされるようになり無秩序診計画な入院が現状であった。現状を改善するために病院全体を把握し効率的・効果的に病床管理ができるよう病床管理の中央一元化を図り、医療の質を担保しつつ患者の入院後の流れをスムーズにするシステム(P F Q M)を3年計画で導入。患者さんが入院中とはより入院前から退院を見据え安心して医療が受けられるよう一貫して管理を行うために平成25年4月入院サポートセンターと病床管理を立ち上げ共に6月より稼働した。【目的】1. 病床管理一元化による効率的・効果的な病床管理2. 患者サービスの向上(患者満足度)3. 切れ目のない効果的な医療の提供(医療の質向上)4. 効率化による業務負担の軽減(職員満足)【方法】第一ステップ: 病床管理の一元化。入院前オリエンテーション(予約入院)、持参薬管理。第2,3ステップ: 患者支援部門の充実。入院退院病床総合管理センター体制確立。【結果】病床管理は中央一元化され効率的、効果的にベットコントロールされるようになった。入院前オリエンテーションは毎月平均200人以上実施され、その入院オリエンテーションレポートは電子カルテの当日トッピングへリンクすることで病棟と情報を共有できるようになった。休薬指導は外科系が多く月平均120件以上。この他に患者からの相談は治療や手術に伴う食事に関することが多く、必要に応じ専門職員と連携をとり、入院前に解決し不安の除去に繋がった。【今後の課題】・当日入院や時間外入院患者へのオリエンテーションの実施・現在入院サポートセンターと退院調整課が別の場所にあるため合同し同一場所においての支援実施

O-3-49

看看連携の強化～在宅医療につなぐ退院支援～

大阪赤十字病院 入院支援課

○茅野 和代、稲上 千晴、乙田 浩子、谷口 香織、長滝 明子、吉田輝恵子、石川 知子、大島 富枝

【はじめに】当院は、訪問看護ステーションとのスムーズな連携を図る為、訪問看護ステーション実習と訪問看護ステーション協会大阪市東ブロック会(以下、東ブロック会とする)に参加した。今回、今後の退院支援について示唆を得たので報告する。【現状報告】1. 訪問看護ステーション実習(目的)退院支援専従看護師が訪問看護の実際を知ることで、退院後の生活を見据えた退院支援の在り方を考え、看護師の継続看護教育に活かす。〈方法〉退院支援専従看護師が訪問看護に1日同行し、在宅での患者の生活の場をみる。実習後のレポートから内容分析を行った。(結果・考察)分析した結果は、『訪問看護ステーションの体制』『在宅での環境』『地域と病院の連携』の3つのカテゴリに分類された。訪問看護は、限られた医療・介護資源を利用し、医療依存度の高い患者を受け入れ、その人らしい生活が送れる様に支援していることが分かった。2. 東ブロック会への参加(目的)訪問看護ステーションと病院の退院支援担当者の情報交換会より、連携上の課題を明らかにする。〈方法〉訪問看護師と退院支援専従看護師がグループワークを行い、訪問看護の実際や退院支援の現状について意見交換を行った。〈結果・考察〉訪問看護師と顔の見える関係を築くことができた。課題に上がった効率的な退院前カンファレンスは、訪問看護ステーションへ事前に看護サマリーを提供できる様に病棟へ働きかけた。【課題・今後の展望】今回は、退院支援専従看護師が訪問看護ステーション実習に参加したが、今後は病棟看護師が訪問看護実習に参加する研修を企画・運営し、退院支援実践力の底上げを行う。そして、病院から在宅へ切れ目ない支援を目指していく。